127

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre ROSSET

Né le 6 décembre 1890, à Châteauroux
Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

POLYARTÉRITE

OBLITÉRANTE SYPHILITIQUE

Président : M. GILBERT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GILBERT

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Docteur CHIRAY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Qui a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail et nous aider de ses conseils.

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA POLYARTÉRITE

OBLITÉRANTE SYPHILITIQUE

La syphilis, dans ses différentes manifestations chez un même sujet, lèse souvent électivement tel ou tel appareil. « Les syphilis nerveuses sont communes, frappant successivement les méninges, le cerveau, les nerfs craniens, la moelle ; on voit des syphilis distribuées aux os — clavicule, tibia, cubitus — et respectant les autres viscères... il y a pareillement des syphilis muqueuses sans aucune autre lésion morbide » (Milian).

Il nous a semblé que dans certains cas, c'était surtout sur le système artériel qu'agissait la vérole produisant sur différents vaisseaux les lésions de l'artérite oblitérante ; ce sont ces cas que nous étudions sous le nom de polyartérite oblitérante spécifique.

Nous éliminerons du cadre de notre description les artérites associées aux aortites ; les aortites n'étant jamais oblitérantes.

HISTORIQUE

Les premières observations de localisations artérielles multiples de la syphilis sont celles de Podres ; 1 cas de gangrène des membres inférieurs, parue dans le *Central Blatt fur Chirurgie* en 1876, puis celle de Leudet, de Rouen (artérite syphilitique des deux temporales superficielles), publiée au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences à Blois en 1884, puis celle de d'Ornellas en 1888 (gangrène des doigts).

Dans la thèse de Magrez en 1892, nous trouvons une observation d'artérite syphilitique des deux membres inférieurs, et du membre supérieur droit.

Durandard, en 1901, dans sa thèse inspirée par Dieulafoy, montre que ces artérites sont parfois symétriques, et que les membres supérieurs sont parfois atteints en même temps que les membres inférieurs.

Darier, en 1904, insiste sur la limitation de l'action de la syphilis à un petit nombre d'artères.

Druelle (Thèse, Paris, 1906) indique que ces atteintes sont souvent multiples, bilatérales, symétriques.

En 1910, MM. Hirtz et Gendron publient « 1 cas d'artérites syphilitiques unilatérales ».

Gaucher, en 1913, dans une leçon clinique, soutient qu'aucun territoire artériel n'est à l'abri de l'atteinte de la vérole, et insiste sur l'évolution symétrite et bilatérale, à moins d'un traitement actif indéfiniment prolongé.

Vaquez, en 1913, publie une observation d'artérite des pieds, guérie par le traitement spécifique. Un peu plus tard Jaboulay indique la possibilité de généralisation de l'artérite.

Les cas de polyartérites, avec atteinte des vaisseaux de l'intestin sont beaucoup plus rares.

Letulle et Lagane en 1911 publient une observation d'apoplexie intestinale, due à une thrombo-artérite syphilitique de la mésentérique supérieure : des lésions de même nature ont été trouvées au niveau d'autres artères.

En 1912, Friedman, rapporte une observation de lésions syphilitiques des artères de l'intestin et de celles de la jambe droite.

Nous apportons une observation inédite de polyartérites des membres et de l'intestin, que M. le Dr Chiray, a bien voulu nous communiquer.

Il existe sans doute dans la littérature médicale d'autres observations de polyartérites syphilitiques. Mais dans les observations (celles de la thèse de Camuset notamment) l'insuffisance de la recherche de la syphilis empêche de rattacher à leur véritable cause ces différentes polyartérites.

ÉTIOLOGIE

La polyartérite oblitérante spécifique s'observe surtout chez l'homme (80 o/o des cas) et de préférence à l'âge moyen de la vie : nous l'avons rencontrée douze fois de trente-cinq à cinquante ans, six fois au-dessus de cinquante ans, quatre fois seulement au-dessous de trente-cinq ans. Trois observations ne donnent pas l'âge du malade.

La date de son apparition par rapport au chancre est difficile à préciser : celui-ci étant souvent nié par le malade ou passant souvent inaperçu : cependant nous pouvons dire que c'est une manifestation tertiaire, d'une syphilis, par ailleurs bénigne et par suite en apparence éteinte (Letulle) : Quelquefois elle est très tardive, apparaissant trente ans après le premier accident tertiaire (VII) ; sa date d'élection varie de cinq à quinze ans après le chancre ; parfois plus précoce, cette artérite s'observe deux ans après l'inoculation (XV).

Elle peut coexister, mais ceci est beaucoup plus rare, avec d'autres manifestations de la syphilis tertiaire ; avec une syphilis linguale en évolution (IV) ; avec des lésions cutanées tertiaires (VI), avec

une périostite tibiale (XIII), avec des lésions d'aortite (XX et XXI).

Exceptionnellement, cette polyartérite peut se rencontrer à la période secondaire, six mois après le chancre (1) : dans ce cas elle a été particulièrement maligne.

La syphilis héréditaire peut être la cause de la polyartérite, comme chez ce mort-né dont Durande fit l'autopsie et dont les artères des poumons et des reins étaient oblitérées (*Bull. et Mém. Soc. Anat.* 1911), ou plus tardivement : c'est le cas de la jeune fille de l'observation XXII.

Dans les antécédents des malades, on retrouve parfois des infections ou des intoxications, qui, par elles-mêmes pouvant entraîner la production d'artérites, jouent peut-être le rôle de causes adjuvantes : comme la pneumonie (V), le paludisme (XI et XII), le plomb, l'alcool (XIX), le tabac (XIX, XX, XXI), le diabète. Le froid (VII) peut parfois jouer le rôle de cause occasionnelle.

Aucun territoire n'est à l'abri de l'atteinte de la syphilis, mais ces différentes localisations sont inégalement fréquentes.

Sur nos 25 cas nous comptons 11 cas d'atteintes bilatérales des membres inférieurs, 3 cas d'atteintes des deux membres inférieurs associées à celle d'un membre supérieur ; 1 cas de lésions des deux temporales, 2 cas de lésions des doigts de la main, 3 cas d'atteintes des artères intestinales, 1 cas de lésion d'une artère d'un membre et de l'artère sylvienne,

3 cas de lésions multiples mais unilatérales, et 1 cas d'atteintes multiples et bilatérales du système artériel. Ainsi ce qui domine, ce sont les lésions des artères des membres inférieurs.

Ces différentes localisations apparaissent quelquefois simultanément (6 cas), mais alors presque toujours (5 fois sur 6) il s'agit d'artérites des membres inférieurs ; en règle elles apparaissent à quelques mois d'intervalle (5 à 8 mois), rarement plus (11 ans, XI).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les vaisseaux lésés au cours de la polyartérite oblitérante spécifique se présentent sous l'aspect de cordons pleins et durs ; quelquefois ils sont transformés en tuyaux calcaires (I). Le calibre de l'artère est parfois simplement rétréci : la lumière restant plus ou moins arrondie : dans d'autres cas, l'endartérite pariétale n'est pas circulaire et la lumière est alors plus ou moins déformée. Enfin, certaines pièces montrent que l'oblitération est complète, qu'elle soit le fait soit d'une hyperplasie de la paroi, soit d'une thrombose au niveau d'une plaque d'artérite ; au-dessus du point rétréci ou sténosé, le calibre de l'artère est relativement augmenté.

Dans la polyartérite, on peut ne trouver qu'un seul rétrécissement sur une artère, mais plus souvent on trouve une série de rétrécissements comme dans l'observation VI, où le tronc artériel de tout le membre inférieur, depuis la poplitée jusqu'à la pédieuse était oblitéré par place. Dans l'intervalle de ces segments rétrécis qui mesurent de 0,5 à 4 centimètres de long, les lésions sont nulles ou minimes : quelquefois (I), on observe de petites ectasies dans

l'intervalle des rétrécissements : association intéressante d'artérite oblitérante et d'artérite ectasiante.

Dans deux de nos observations (VIII, XIV), les lésions de l'artère s'étaient propagées à la veine collatérale, sans doute par l'intermédiaire de l'adventice : les parois de la veine étaient épaissies, infiltrées et la lumière très déformée était réduite à une simple fente étoilée.

A l'examen microscopique (1) on observe « des lésions chroniques, fibroïdes, localisées sur l'endartère, les tuniques externe et moyenne étant relativement respectées (Letulle). La couche sous-endothéliale est quatre ou cinq fois plus épaisse que normalement, les tractus connectifs de la partie interne de cette couche sont concentriques à la lumière des vaisseaux, bien colorables et riches en cellules fixes aplaties ; la zone externe est moins régulièrement ordonnée. La lame limitante élastique interne est interrompue en de nombreux points par des bourgeonnements conjonctivo-vasculaires issus du mésartère ; quelquefois on constate des limitantes élastiques de nouvelle formation, lésion caractéristique de la syphilis pour Heubner.

Parfois la tunique interne présente des saillies, des végétations arrondies, proéminantes dans la lumière du vaisseau (XIV).

La tunique moyenne présente peu de modifica-

---

1. Cette description est empruntée au *Précis d'anatomie pathologique* de Letulle et Nattan-Larrier.

tions : quelquefois, les fibres musculaires sont atrophiés.

L'adventice est épaissie et cette périartérite peut se propager à la veine.

Dans la lumière du vaisseau, un caillot vient dans certains cas parfaire l'oblitération artérielle ; dans d'autres cas, le thrombus se formant progressivement, s'organise, il est blanc, tomenteux, très adhérent.

On a beaucoup discuté sur le siège initial de la lésion syphilitique. Contrairement à la théorie de Lancereaux, il semble qu'il faille admettre la doctrine de Heubner. Ferrucio Vanzetti, au cours d'expériences faites sur la carotide du lapin, a montré que la première lésion était l'hyperplasie de l'intima qui prolifère et s'épaissit.

SYMPTOMES

La polyartérite oblitérante spécifique se présente sous des aspects différents, selon ses différentes associations lésionnelles : ces localisations, comme nous l'avons déjà dit, pouvant être ou simultanées ou successives. Chaque localisation se traduit par un tableau clinique qui reproduit celui d'une artérite ordinaire : la polyartérite ne tirant en effet son individualité que de la pluralité des atteintes artérielles. Les divers aspects que peuvent emprunter ces différentes localisations sont : au niveau des membres, celui de l'artérite oblitérante d'emblée, et celui de la claudication intermittente ; — au niveau de l'intestin, celui de l'artérite mésentérique.

I. — Artérite oblitérante d'emblée

Le début, insidieux et progressif, se caractérise par de la lourdeur et de la faiblesse du membre, par de la gêne des mouvements, par des sensations de froid, ou par des fourmillements et des douleurs souvent localisées à une extrémité ; d'autre fois, le début est brusque (VI), douleur extrêmement vio-

lente, subite, obligeant le malade à s'arrêter ; le membre livide est engourdi, sa température est abaissée, les pulsations artérielles affaiblies ou abolies.

A la période d'état, le symptôme dominant est la douleur très vive, progressivement croissante, lancinante, empêchant le sommeil, parfois ne cédant pas à la morphine (V). Souvent diffuse au début. Cette douleur se continue par la suite au niveau d'un orteil, à un doigt. Dans les cas à évolution rapide (VI) elle s'étend au contraire progressivement.

La région irriguée par l'artère lésée est ou livide (IV), ou rouge sombre (VII), teinte progressivement dégradée à mesure que l'on s'éloigne de l'extrémité du membre; le membre est augmenté de volume ; quelquefois très œdématié (II) ; sa température est supérieure de 2 à 3 degrés à celle du membre du côté opposé.

L'artère est douloureuse, spontanément et surtout douloureuse à la pression : elle devient un cordon dur, irrégulier. Les battements diminuent d'intensité puis disparaissent ; l'artère indurée et douloureuse est alors devenue imperméable.

L'oscillométrie donne des renseignements importants. On constate (XXV) que les oscillations sont beaucoup moins fortes que normalement, qu'elles sont lentes, sans force et sans élan : elles sont absentes dans le cas d'oblitération totale. La pression artérielle est moins élevée que normalement, elle peut devenir égale à 0.

On observe quelques troubles de la sensibilité objective, de l'anesthésie (VI) surtout de l'anesthésie douloureuse, quelquefois de l'hyperesthésie (XIII). L'impotence fonctionnelle de l'articulation, qui se trouve dans le territoire ischémié, est fréquente (genou, XVIII). Exceptionnellement (XV) les muscles sont en contracture.

Les réflexes ne sont pas modifiés, les troubles trophiques sont rares, peu importants ; atrophie musculaire (XXV), altération des ongles qui cessent de croître et deviennent irréguliers, épais (VII).

Quelle est l'évolution d'une semblable artérite ?

Quelquefois les simptômes peuvent s'amender, soit spontanément, soit, plus souvent sous l'influence du traitement spécifique ; mais en règle, abondonnée, à elle-même, l'évolution est progressive et la gangrène apparaît à une date plus ou moins lointaine, au maximum trois ans (X), mais relativement proche, quelques mois, quelques semaines (IV). Rarement brusque et massive, habituellement elle est progressive ; procédant par à-coups. Les douleurs deviennent extrêmement vives. Au bout d'un orteil, d'un doigt, on constate une petite tache brune de gangrène sèche, parfois une phlyctène rousse. La gangrène se limite parfois à un ou plusieurs doigts (XIII), plus souvent la zone morte s'étend, gagne peu à peu vers la racine du membre. La mortification finit par se limiter après un temps variable. Entre les parties malades et les parties saines, se creuse un sillon à contour irrégulier, à fond rouge. Au-dessus du sil-

lon, les différents tissus paraissent sains, mais parfois les parties molles sont déjà nécrosées : le tissu cellulaire est lardacé, les muscles sont de couleur cireuse.

II. — Forme à claudication intermittente

Le début insidieux est analogue à celui de la forme oblitérante (lourdeur dans le membre ou les membres atteints, douleurs, engourdissements, fourmillements, sensations du froid). Puis au bout d'un temps, quelquefois très long, les crises de claudication intermittente font leur apparition : à la suite d'un exercice musculaire plus pénible que d'ordinaire, le malade ressent dans le membre une douleur vive subite qui l'oblige à interrompre son mouvement (XII). Cette douleur dure quelques secondes, disparaît par le repos, pour reparaître quand le mouvement recommence.

Pendant la crise, le membre est pâle, surtout à son extrémité ; les battements artériels diminuent ou disparaissent. La sensibilité est atténuée.

A mesure que l'artérite évolue, la crise se rapproche du début du mouvement, et elle se répète, plus fréquente, finissant par interdire la marche si elle siège au membre inférieur.

L'évolution est progressive : des douleurs sont ressenties dans l'intervalle des accès, les battements artériels s'affaiblissent, l'indice oscillométrique s'abaisse. L'artère s'oblitérant de plus en plus la gan-

grène apparaît : dans d'autres cas (XI), c'est brusquement que l'artère s'oblitère. Le malade éprouve une douleur subite et intense : quelques jours après on constate un début de gangrène.

III. — Artérite intestinale

Si la syphilis de l'artère mésentérique a été étudiée depuis assez longtemps, en revanche les localisations intestinales de la polyartérite oblitérante sont peu connues, puisque nous n'avons pu en retrouver que trois observations.

Dans le cas de Friedmann (XXIII), c'est un tableau analogue à celui de la claudication intermitente. Chez un syphilitique, tous les quatre mois survenaient des crises extrêmement douloureuses. Ces douleurs intenses siégaient principalement au creux de l'estomac et duraient de quatre à cinq heurs, puis après l'expulsion de gaz tout rentrait dans l'ordre.

Les crises depuis quatre ans se reproduisaient ainsi après le repas du soir pendant une quinzaine de jours, puis disparaissent ; pendant trois à quatre mois le malade n'éprouvait que quelques troubles digestifs vagues. La nature de ces crises était restée longtemps indéterminée, le malade ne présentant par ailleurs aucun autre symptôme morbide : une artérite de la jambe fit faire le diagnostic d'artérite spécifique à localisation multiple et imposa le traitement mercuriel et arsenical qui amena la guérison.

Dans cette forme, ce qui domine le tableau

clinique ce sont les crises douleureuses, survenant en série à intervalles assez éloignés et n'ayant amené aucune complication au bout de quatre mois.

A côté de cette forme somme toute bénigne, se place la forme grave, représentée par l'observation XXV qui reproduit en tout point le tableau connu de l'oblitération des vaisseaux mésentériques.

Un soldat de trente ans en traitement pour une artérite syphilitique des membres inférieurs, est pris de douleurs dans le ventre. Un jour, les douleurs sont beaucoup plus intenses et s'accompagnent de plusieurs selles diarrhéiques dont l'une est presque exclusivement hémorragique constituée de sang rouge, rutilant, non coagulé. Après cette crise les douleurs persistent : quelques jours après, elles reprennent plus intenses, rebelles aux opiacés et à la vessie de glace. Le malade a des vomissements, des coliques, brusquement il éprouve une sensation de déchirure dans le ventre ; il est pris de hoquet, les vomissements deviennent fécaloïdes, la douleur est surtout violente à droite : la température est à 36°5, le pouls petit, rapide. C'est le tableau de l'appendicite perforante. On opère le malade, on trouve un infarctus intestinal. La région infarcie est réséquée. Le lendemain les douleurs reprennent, et les symptômes reparaissent. Une seconde intervention montre une nouvelle anse de coloration noirâtre non sphacelée. Quelques heures après le malade est décédé.

Ainsi cette forme aiguë se traduit par des douleurs très intenses, des nausées, des vomissements, du

hoquet. Ce syndrome péritonéal rappelle celui de l'appendicite suraiguë, mais un peu auparavant, il y a eu des selles diarrhéiques et hémorragiques.

L'observation XXIV montre un cas encore plus rapidement grave : l'évolution a été tellement suraiguë que le malade a été amené mourant à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

IV. — Formes cliniques

La polyartérite oblitérante syphilitique se présente sous un certain nombre de formes cliniques qui ne sont pas tant le fait de la diversité des aspects symptomatiques que de la diversité des localisations : chacune d'elle en effet reproduit un des tableaux cliniques précédemment décrits ; c'est ainsi que nous avons la forme oblitérante d'emblée quand les artérites successives ou simultanées évoluent vers la gangrène (VIII et XIII) ; la forme à claudication intermittente quand ce syndrome s'observe au niveau de plusieurs membres, presque toujours au niveau des membres inférieurs (VII), quelquefois au niveau du membre supérieur (XV).

Citons également le cas où la claudication apparaît au cours de la forme oblitérante (V) quand elle est en voie d'amélioration.

Plus intéressantes sont les formes selon le siège des artérites : nous citerons les différents types d'associations d'après leur ordre de fréquence.

1° Association d'artérites des membres inférieurs, de beaucoup les plus fréquentes (11 cas sur 25) se présentant soit sous la forme de claudication intermittente (X), soit sous la forme oblitérante (II), ces localisations pouvant apparaître simultanément (XVI), ou successivement (XVII).

2° Association des lésions des deux membres inférieurs et d'un membre supérieur, type plus rare, 3 cas, à début brachial (V), à début au membre inférieur (XV), une fois au cours de la syphilis héréditaire (XXII).

3° Associations d'artérites intestinales avec d'autres artérites, 3 cas, sur lesquels nous avons déjà insisté, la localisation intestinale étant la première (XXIII) ou la dernière (XXV) ;

4° Lésion de toutes les artères du membre inférieur, 2 cas (VI), quelquefois avec des lésions de la veine satellite (XIV) ;

5° Lésions de plusieurs artères digitales, à la main (IV et XIII), forme qui paraît particulièrement bénigne ;

6° Lésions des deux temporales (III) ayant très bien guéries ;

7° Lésions artérielles multiples au cours de la période secondaire (II) ;

8° Association d'artérite à un membre et d'artérite sylvienne, après onze ans (XI), forme qui paraît exceptionnelle ;

9° Artérite du membre inférieur (XII) et lésions

des vaisseaux du membre supérieur du même côté, cliniquement latentes, décelées uniquement par l'étude de la pression artérielle ; c'est une véritable forme fruste.

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

Ce qui caractérise avant tout l'évolution de la polyartérite oblitérante, c'est la notion de ses localisations multiples ; c'est cette possibilité de rechutes, de récidives, qui domine toute l'histoire clinique de cette affection. Ces localisations peuvent apparaître simultanément, principalement quand les lésions siègent aux extrémités, aux doigts (IV et XIII) ou aux membres inférieurs, revêtant la forme à claudication intermittente (VII, X), ou la forme oblitérante d'emblée (II, XVI). Dans d'autres cas, ces artérites sont successives et apparaissent à des intervalles très rapprochés : sept jours (V), sept mois (III), quelquefois à plus longue échéance, deux ans et demi (VIII), trois ans (XVII), exceptionnellement beaucoup plus tard, onze ans (XI) : donc en moyenne de trois à dix mois d'intervalle.

Dans certains cas, on peut prévoir de nouvelles localisations (XII), grâce à l'examen du pouls, de la pression artérielle, et surtout par l'étude de l'indice oscillométrique ; la pression est abaissée, les oscillations moins nettes dans les artères où se développe

un processus inflammatoire, encore cliniquement latent.

L'oscillométrie permet de suivre l'évolution de chacune des lésions, et de suivre l'amélioration de la circulation (XXV), c'est là un moyen de pronostic excellent. Si les oscillations augmentent, on peut espérer une amélioration, au contraire si elles diminuent ou disparaissent, il faut craindre l'oblitération artérielle et l'apparition de la gangrène.

Le pronostic est sévère : 5 cas de mort sur 25 ; les formes où se trouve une localisation intestinale sont de beaucoup les plus graves (2 morts sur 3), puisque elles entraînent la production d'un infarctus intestinal.

Ce qui fait surtout la gravité du pronostic, ce sont ces rechutes qui se produisent quand on cesse le traitement (IV), et ces récidives qui peuvent apparaître même au cours d'un traitement énergique et suivi, mercuriel et arsenical (XXV).

Mais cependant il y a des cas où le traitement amène la guérison (III, IV, XVI, XXIII où le malade suivi pendant cinq ans n'a pas présenté de nouvelles localisations). Mais, souvent, il est nécessaire de pratiquer plusieurs amputations de segments de membres atteints de gangrène (II, XVII) et alors le malade n'est plus qu'un malheureux estropié et mutilé.

Ainsi donc le pronostic est sévère et doit toujours être réservé.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la polyartérite oblitérante spécifique est relativement facile, si l'on observe simultanément plusieurs localisations, ou si, en présence d'une nouvelle localisation, on relève dans les antécédents l'histoire d'une artérite ayant évolué quelques mois auparavant : ainsi chez un malade, précédemment amputé d'un pied, et qui se plaint de douleurs et de troubles circulatoires dans un membre, il faut penser à la polyartérite.

Avant tout, dans les différents territoires artériels, il convient d'étudier la pression sanguine et de rechercher l'indice oscillométrique, dont nous avons montré l'importance. Cette étude facilite le diagnostic et montre que les différents symptômes observés doivent être rattachés à des lésions artérielles ; dans certains cas (XII) elle décèle des localisations encore silencieuses et fait faire ainsi le diagnostic de polyartérite.

La nature syphilitique de cette polyartérite sera soupçonnée grâce à la notion d'antécédents spécifiques, soit d'antécédents personnels, soit d'antécédents héréditaires (XXII), grâce aussi quelquefois à la

coexistence d'autres accidents spécifiques en évolution, périostite tibiale (XIII), syphilides cutanés (VI).

La réaction de Wassermann est d'un précieux secours, malgré des renseignements parfois contradictoires. Une réaction positive devra toujours commander le traitement spécifique : en présence d'une réaction négative on devra néanmoins essayer le traitement, véritable traitement « pierre de touche » ; du reste après quelques injections mercurielles, la réaction de Wassermann peut être « réactivée ».

La polyartérite oblitérante spécifique doit être différenciée de l'artérite spontanée (Thèse de Camuset), dans les cas à localisations multiples, mais dans ces observations la recherche de la syphilis n'a pas été poussée assez loin, la réaction de Wassermann n'étant pas encore connue ; peut-être un certain nombre de cas se rapportent-ils à des syphilis méconnues, puisque, comme l'écrit Camuset « ces artérites sont dues aussi à des causes indéterminées où une hérédité morbide peut très bien jouer le rôle principal ».

Cependant dans ces dernières années, des auteurs étrangers, Parkes Weber, Willy Meyer, ont décrit des cas de thrombo-angéite oblitérante de cause inconnue. Ces artérites multiples ont été observées chez des hommes, israélistes russes, issus souvent de mariages consanguins, et tous ou grands fumeurs, ou employés dans des manufactures de tabac. Ces polyartérites siègent presque toujours aux membres inférieurs et évoluent comme la polyartérite spéci-

fique. Seule la notion étiologique diffère ; ces malades n'ayant aucune manifestation, aucun antécédent de syphilis, le Wassermann étant toujours négatif : ces lésions sont peut-être dues au tabac, poison qui, pour Erb, pourrait souvent être une cause du syndrome de la claudication intermittente.

L'athérome artériel peut donner un tableau clinique qui ressemble beaucoup à celui de la polyartérite, les lésions étant souvent multiples et bilatérales ; il s'agit alors non plus de sujets à l'âge moyen de la vie mais de sujets âgés qui présentent des signes de sclérose artérielle et viscérale : mais la syphilis ne joue-t-elle pas un certain rôle dans la genèse de l'athérome et Druelle, dans sa thèse, n'a-t-il pas soutenu qu'un certain nombre de gangrènes séniles étaient dues à des artérites syphilitiques ?

En présence d'une localisation nouvelle de la polyartérite, on peut croire à une névralgie, à cause des douleurs, à une phlegmatia à cause de l'œdème, — dans les cas à début brusque, ou quand l'oblitération est totale, se pose le diagnostic avec l'embolie : il importe de rechercher les lésions emboligènes, rétrécissement mitral, endocardite végétante, aortite thoracique ou abdominale, anévrisme, mais dans ce cas, comme dans les autres, ce sont les autres manifestations de la polyartérite qui font faire le diagnostic :

Enfin lorsque l'on est en présence d'une artérite il importe de la rattacher à sa véritable cause et d'éliminer les artérités rarement multiples dues à des

infections (pneumonie, paludisme, typhoïde) ou a des intoxications (tabagisme, alcoolisme), qui du reste, nous l'avons vu, peuvent être autant de causes adjuvantes.

Le diagnostic d'une localisation intestinale est difficile, presque impossible si elle est encore isolée : Les crises douloureuses sont à différencier des coliques hépatiques frustes, des coliques néphrétiques frustes, de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, des crises gastriques ou intestinales du tabès et de l'aortite abdominale. La période terminale peut simuler l'occlusion intestinale, la péritonite suraiguë due à une perforation appendiculaire. Il faut dans ce cas attribuer une grande importance aux selles diarrhéiques et, fait capital, hémorragiques.

Il faut aussi éliminer l'embolie mésentérique en recherchant les différentes affections capables d'entraîner la production d'embolies.

TRAITEMENT

La polyartérite oblitérante spécifique n'a pas de traitement propre : c'est celui de l'artérite syphilitique.

Selon la méthode de Gaucher on fait une injection quotidienne de sel soluble de mercure, benzoate de biiodure, à la dose de 0 gr. 02 par jour, pendant dix jours ; puis pendant dix jours on prescrit l'iodure de potassium (4 à 6 gr.) ; après dix jours de repos on recommence ce traitement.

Dans les cas graves : il convient de prolonger les séries d'injections : quinze injections de suite, quinze jours de traitement ioduré, puis nouvelle période d'injections.

Depuis que la médication arsenicale est entrée dans la pratique courante, il convient de l'associer au traitement mercuriel (XXIII, XXV). Le traitement spécifique amène quelquefois la guérison (IV, XVI, XVIII, XXI, XXIII), mais avant que l'oblitération soit totale ; exceptionnellement (III) après un début discret de gangrène ; mais il faut prolonger longtemps cette cure sous peine de voir survenir des rechutes (III). Parfois on ne note que

des améliorations (XIII, XIX) et souvent il s'agit d'améliorations passagères (VI). Dans d'autres cas une première manifestation s'améliore (XXV) ou même guérit (V), mais bientôt une nouvelle localisation apparaît ou bien quelques mois après (V), ou bien au cours même d'un traitement très énergique (XXV) et cette nouvelle localisation rebelle au traitement est beaucoup plus grave que la première.

Le traitement des complications est le même que celui des complications de l'artérite ordinaire.

Dans les cas de gangrène des membres, l'amputation s'impose, mais il faut la faire tardivement, au-dessus du sillon pour ne pas tomber sur de la gangrène profonde : le traitement spécifique sera prescrit avant l'amputation pour tâcher de limiter l'artérite, et après, pour tenter d'empêcher de nouvelles localisations.

Dans les cas d'infarctus intestinal, il faut intervenir chirurgicalement (XXV), pratiquer la résection de l'anse sphacélée, mais il faudra toujours redouter la production d'un nouvel infarctus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Karl Huber (Th. de Durandard) 1860. — *Lésions étendues des artères consécutives à la syphilis* (période secondaire) [Rés.]

Autopsie d'une prostituée toute jeune, six mois après le début de la syphilis, atteinte d'albuminurie avec œdème généralisé : foyer calcaire à la partie supérieure de l'artère fémorale ; à la partie inférieure épaississements de la membrane interne, faisant saillie dans la lumière du vaisseau.

Artères tibiales, péronières, dorsales du pied transformées en tuyaux calcaires, avec petites ectasies. Lumière des vaisseaux presque oblitérée par endroits par suite des lésions de l'artère ou des dépôts thrombosiques.

Altérations similaires sur les artères du bassin, du bas-ventre, du membre supérieur.

Intégrité absolue des artères du cerveau et du cercle artériel du cœur.

Prédominance des lésions au niveau de la membrane interne.

OBSERVATION II.— Podres (*Central Blatt fur Chirurgée* 1876) [Rés] — *Gangrène des deux pieds, suite d'artérite syphilitique. — Amputations.*

Homme, quarante-cinq ans, syphilis à trente-neuf ans,

à quarante-deux ans, anémie des membrès inférieurs, douloureux, sensibles au froid : les douleurs s'accroissent. Gonflement œdémateux des pieds : phénomènes gangréneux sur un pied, puis sur l'autre amputation des orteils, puis d'une cuisse, puis de l'autre pied.

OBSERVATION III.—Leudet, de Rouen (Cong. Assoc. française pour Avancement des sciences, Blois 1884) [Rés.]. — *Artérite syphilitique des temporales superficielles. — Traitement. — Guérison.*

Homme, cinquante-trois ans, syphilis depuis six ans. Douleurs lancinantes au niveau de la tempe gauche, augmentation marquée du volume et de la consistance de la branche antérieure de la temporale superficielle gauche, cordon dur, uniforme, dans lequel les battements diminuent puis disparaissent. Pendant sept mois l'artère resta douloureuse, indurée, imperméable. Puis, mêmes phénomènes du côté droit.

Au quatorzième mois, après médication iodurée les artères reprennent leur souplesse et redeviennent perméables.

Rien d'anormal au cœur, à l'aorte, aux carotides.

OBSERVATION IV. — d'Ornellas 1888 (Th. de Durandard) [Rés.]. —*Gangrène des doigts de la main gauche. — Guérison. — Rechute. — Amputation. — Guérison.*

Valet de chambre, quarante-cinq ans. Chancre à vingt ans non traité.

A quarante-quatre ans, refroidissement des deux dernières phalanges des quatre doigts internes de la main

gauche qui deviennent blanc-grisâtre ; six semaines après, apparition d'une tache brun-noirâtre sur le médius ; près de l'ongle, cette tache s'étend, formation d'une crevasse allant jusqu'à l'os. Mortification et désagrégation de la troisième phalange. Les artères collatérales des doigts malades sont devenues des cordons durs. Les pulsations radiales sont très affaiblies.

Aucune autre lésion vasculaire ou viscérale.

Lésions syphilitiques de la langue.

Quelques jours après, tache noirâtre au quatrième doigt, douleurs intenses. Traitement : KI, 8 grammes par jour ; deuxième et cinquième doigts attaqués à leur tour. Au vingt-cinquième jour toutes les lésions sont guéries : les parties nécrosées sont tombées.

Ayant cessé tout traitement, le malade, trois mois après, constate que les doigts déjà atteints, redeviennent sensibles au froid. Même sensation à l'avant-bras et au tiers inférieur du bras. Le médius et l'annulaire deviennent noirs. Absence de battements à la radiale, à la cubitale. Traitement : frictions mercurielles et KI. Les parties spacelées se détachent progressivement. Résection des phalanges dénudées. Deux mois après la récidive, guérison.

OBSERVATION V. — Magrez 1892 (Thèse) [Rés]. — *Artérite syphilitique des deux membres inférieurs et du membre supérieur droit. — Gangrène des orteils. — Mort.*

Boulanger, trente trois ans. Syphilis en 1875.

10 mai 1889. — Pneumonie gauche.

21 mai. — Douleur extrêmement violente et subite dans

le bras droit, sensation d'engourdissement dans tout le membre. Pâleur livide. Abaissement notable de la température du membre : diminution des pulsations artérielles de la radiale et de la cubitale. Hypéresthésie de l'avant-bras. Rien au cœur.

Traitement mercuriel et ioduré. Sérieuse amélioration ; réapparition de la douleur à l'occasion d'un mouvement plus rapide ou plus étendu.

26 mai. — Coliques intenses survenant brusquement.

27 mai. — Le malade éprouve dans le mollet droit des sensations semblables à celles qu'il avait éprouvées dans l'avant-bras. Mêmes symptômes objectifs.

En juillet, légère amélioration à la suite du traitement ioduré et de l'électrothérapie : phénomènes de claudication intermittente dans le mollet droit.

Fin septembre, le malade reprend son travail : toujours quelques crises douloureuses dans le bras et la jambe.

En décembre, sept mois après le début, guérison.

26 janvier 1890. — Coliques atroces, puis à nouveau phénomènes de claudication au mollet droit.

26 février. — La claudication a disparu. Au mollet droit, mêmes symptômes qu'au mollet gauche au mois de mai 1889, Pas d'amélioration par le traitement : apparition d'une zone rouge et douloureuse dans les deux tiers inférieurs de la face postérieure de la jambe gauche. Augmentation de 5 centimètres de la circonférence du membre. La poplitée ne bat plus et forme un cordon dur. Douleur maxima au niveau du gros orteil persistant malgré deux centigrammes de morphine par jour.

A la suite de la pose d'un vésicatoire sur l'orteil malade

une large phlyctène, puis une ulcération arrondie à la face plantaire apparaissent.

10 mars. — Le malade entre à l'hôpital : la marche est encore possible : après quelques pas, douleur très vive irradiant au mollet et cessant par le repos.

15 mars. — Disparition de la zone d'induration.

3 avril. — L'ulcération plantaire suppure, diminution de la sensibilité autour de la plaie. Les battements artériels sont perçus à la tibiale et à la poplitée.

9 avril. — Extrême intensité de la douleur. Extension complète impossible de la jambe : l'artère poplitée forme un gros cordon, dur, très douloureux.

14 avril. — Nouvelle zone d'empâtement au tiers inférieur de la face postérieure de la jambe, qui devient rouge, douloureuse et augmente de volume.

21 avril. — Chute de l'ongle du gros orteil ; large escarre au niveau des sillons latéraux. Anesthésie autour de l'escarre et au niveau de la troisième phalange des deuxième et troisième doigts.

3 mai. — L'escharre commence à s'éliminer. Œdème dur de la jambe, considérable au niveau du pied. Paquet massé au niveau du triangle de Scarpa.

20 août. — Gangrène sèche du gros orteil.

30 septembre. — Le gros orteil est réduit au squelette, le deuxième orteil est momifié et noir.

15 octobre. — Le premier orteil gangrené tombe en morceaux Des sillons d'élimination se creusent au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne des premier, deuxième et troisième orteils.

18 octobre. — Violentes douleurs dans le dos. Contracture

du trapèze et du Sterno. Raideur de la nuque, trismus et bronchite intense.

19 octobre. — Fièvre 40°3. Déglutition légèrement difficile ; les muscles du thorax commencent à se prendre.

20 octobre. — Contracture complète des masseters. Déglutition très difficile. Constriction de la poitrine. Les mouvements un peu violents déterminent des contractures douloureuses à la face, aux membres, au tronc. Morsures de la langue. Cyanose de la figure. Mort.

Autopsie. — Très légère congestion des méninges. Cœur normal. Aorte normale. Artères du côté droit (atteintes en 1889). Aucune lésion macroscopique. A gauche : pédieuse, tibiales antérieures, fémorales, oblitérées par un caillot organisé. Les parois de ces artères sont épaisses et presque rigides.

Aucune lésion au niveau du thorax et de l'abdomen.

OBSERVATION VI. — Dieulafoy. — *Artérites syphilitiques du membre supérieur droit. — Gangrène. — Mort* [Rés.].

Femme, soixante-huit ans, porteuse de syphilides tertiaires cutanées ; depuis quelques mois faiblesse dans les jambes : début brusque, douleurs abdominales mal caractérisées comparées à des coliques, puis douleurs dans le pied droit, puis dans la jambe : deux mois après, gangrène de la jambe et du pied droit. Pas de battements aux pédieuses, aux tibiales, à la poplitée. Les battements de la fémorale sont moins nets que normalement. Anesthésie au-dessous des malléoles. Mouvements du pied abolis. Douleurs presque continues.

Aucun autre symptôme morbide. Légère amélioration par traitement, mais l'amputation est nécessaire. Mort.

Autopsie. — Aorte abdominale, deux plaques calcaires sur la face antérieure. Branches de la poplitée, tronc tibio-péronier, tibiale postérieure, tibiale antérieure, péronières oblitérées par place sous forme de segments de 0,5 à 4 centimètres de longueur. A ces niveaux, paroi des artères épaissie en virole ; la lumière du vaisseau oblitérée par thrombus adhérent. Dans l'intervalle des segments rétrécis, lésions nulles ou minimes. Endartère très épaissie, végétante par place.

OBSERVATION VII. — Hallion. — *Claudication intermittente bilatérale. — Troubles circulatoires au niveau des orteils* [Rés].

Femme, cinquante-deux ans. Céphalées violentes pendant l'adolescence. De vingt-deux à cinquante et un ans, a eu successivement une exostose au pied droit, des maux de gorge tenaces, un corryza rebelle, un effondrement du nez qui prend la forme en pied de marmite, des gommes à l'épaule gauche et des gommes sous-cutanées, une ulcération de la cornée, de nature indéterminée.

A cinquante et un ans, elle éprouve une sensation intense de froid aux pieds, pendant douze heures.

Quelques jours après, céphalée extrême qui dure trois mois, crises violentes, disparues après six semaines de traitement ioduré (6 gr. par jour).

Quelques temps après, vertiges, puis crises d'épilepsie jacksonienne que KI fit disparaître,

A ce moment, apparaît la claudication intermittente. Dou-

leurs spontanées dans les deux pieds Les douleurs augmentent. Coloration rouge sombre des extrémités inférieures, progressivement dégradée au niveau du tarse. Les ongles du pied droit sont épais, irréguliers. Pouls imperceptible depuis le creux poplité.

Mêmes phénomènes à gauche mais cyanose limitée aux orteils.

Douleurs au niveau des orteils, surtout nocturnes, empêchant le sommeil, masses musculaires douloureuses à la pression : la force musculaire des moteurs du pied paraît amoindrie.

Après quelques jours, les pieds pâlissent.

Traitement (frictions mercurielles et KI) : les résultats n'ont pas été connus.

OBSERVATION VIII. — Gaucher (Th. Druelle. — *Gangrène du pied gauche.— Artérite de la jambe droite.— Gangrène.— Amputation* [Rés.]

Homme, quarante-deux ans. Chancre à dix-huit ans ; à trente-neuf ans, artérite oblitérante de la jambe gauche, gangrène du pied.

Amputation de la cuisse.

A quarante-deux ans douleurs très vives dans le pied droit, dans le troisième orteil surtout. Quelques injections de benzoate de mercure n'améliorent pas les phénomènes douloureux.

Puis début de gangrène dans les deuxième, troisième, quatrième orteils.

Douleurs très vives dans le pied et la jambe. Refroidisse-

ment de tout le membre qui est livide. Les battements de la fémorale ne sont pas perçus.

Albuminurie. Pas de glycosurie. Traitement mercuriel (0 gr. 02 de benzoate de mercure) 2 grammes, K I.

Malgré cela, les orteils, le pied sont envahis par la gangrène sèche. Douleurs de plus en plus vives ; dix jours après la gangrène paraissant se limiter.

Amputation de la cuisse au tiers inférieur.

A l'examen anatomo-pathologique, sur l'artère tibiale postérieure on voit une virole fibreuse longue de 2 centimètres, l'artère épaissie, est sténosée à ce niveau. Infiltration totale de toutes les parois artérielles. Tous les éléments normaux ont disparu sauf quelques débris de la membrane élastique interne.

L'adventice est très épaisse, et se continue sur la veine qui présente une lumière déformée, irrégulière avec des parois épaisses et infiltrées.

OBSERVATION IX. — Gaucher (thèse de Druelle).— *Gangrène du pied droit. — Amputations. — Artérite de la jambe gauche* [Rés].

Homme trente-sept ans. A vingt-sept ans syphilis et accidents secondaires ; pendant deux ans frictions mercurielles.

A trente-cinq ans, vives douleurs dans la jambe droite, quelques mois après gangrène sèche du pied droit. Amputation de la jambe, sept mois après nouvelle amputation plus élevée, la plaie de la première opération s'étant réouverte.

Un mois après douleur dans la jambe gauche, sensation

de refroidissement et de fourmillement, apparition d'une bande rouge violacée le long de la jambe et sur la face dorsale du pied.

Pendant cinq mois les phénomènes douloureux persistent. Erythème violacé, squameux des deux tiers inférieurs de la jambe et du dos du pied ; la jambe et le pied sont froids.

Pas de signes d'affections viscérales, pas de diabète. Le malade est soumis au traitement mercuriel et ioduré. Les résultats n'ont pas été connus.

OBSERVATION X. — Barthélemy (V[e] Congrès inter. de dermat. et de syphiligr. Berlin, 1904) [Rés]. — *Claudication intermittente bilatérale, gangrène sénile bilatérale.*

Homme, quarante-sept ans. Syphilis à vingt et un ans. Vers quarante-quatre ans les orteils se gonflent, deviennent rouges, reprennent leur coloration normale lors de la marche, affaiblissement du pouls pédieux, température locale plus basse. Le traitement mercuriel et ioduré est alors institué. La gangrène apparaît : plusieurs orteils sont détruits du côté droit, le côté gauche est moins intéressé.

OBSERVATION XI. — Milian, 1909. — *Artérite syphilitique de la jambe droite. — Amputation. — Artérite de l'artère sylvienne gauche. — Monoplégie* [Rés].

Homme, cinquante-trois ans. Paludisme à vingt et un ans. Chancre à la cuisse, plaques muqueuses à trente-sept ans. Deux ans de traitement. De quarante à quarante-deux ans, il éprouve dans le mollet droit des douleurs très violentes

qui empêchent la marche. Claudication intermittente. Un jour en marchant, sensation de craquement dans le mollet, le sujet tombe, la jambe est violacée. Huit jours plus tard, début de gangrène ; trois semaines après, amputation de la cuisse.

De quarante-trois à cinquante-deux ans : Période de céphalée.

A cinquante-trois ans hémiplégie droite, le membre supérieur, seul, reste impotent. M. Milian l'attribue à une lésion corticale, due à une endartérite de la sylvienne, d'origine syphilitique.

A l'examen du malade M. Milian constate la petitesse des pouls radiaux, un souffle systolique aortique et la dilatation de la crosse de l'aorte.

OBSERVATION XII. — Hirtz et Gendron (Soc. méd. des Hôp., 1910). — *Un cas d'artérites syphilitiques unilatérales* [Rés]

Serrurier, quarante et un ans, n'aurait jamais eu la vérole. Dernier accès de paludisme en novembre 1909.

En mars 1910, il présente de la claudication interne m. dans le membre inférieur gauche.

En avril suit un traitement électrothérapique : pas d'amélioration. La douleur augmente dans le pied gauche : apparition d'un point de nécrose sur le gros orteil.

En mai, le malade entre dans le service du docteur Hirtz. Nécrose du gros orteil gauche. Pied augmente de volume, douloureux spontanément et à la pression, amaigrissement du mollet et de la cuisse.

Les battements de la pédieuse ne sont perceptibles ni à

droite ni à gauche. Les battements de la fémorale sont abolis à gauche. Les battements artériels, carotidiens et huméraux sont moins nets à gauche : le pouls radial est à peu près égal des deux côtés.

La pression artérielle maxima du bras prise avec l'appareil d'Amblard donne 13 à gauche, 16 à droite : cœur normal, aorte sentie un peu derrière la fourchette.

Pas de troubles des réflexes, pas de ligne d'Argyll, pas de troubles nerveux. Wassermann négatif.

Le traitement spécifique va être prescrit au malade, les auteurs croient a des artérites multiples d'origine syphilitique.

OBSERVATION XIII. — Gastou et Herscher. — *Myocardite et gangrène symétrique des extrémités digitales chez une asystolique atteinte de périostite tibiale syphilitique* [Rés].

Femme trente-six ans. Antécédents spécifiques chez son mari. Après son mariage grands maux de tête vespéraux puis apparition d'un souffle systolique aortique, puis fourmillement dans les doigts, sensation d'onglée, teinte violacée des extrémités digitales, puis gangrène superficielle avec hyperesthésie cutanée.

Un mois après périostite du tibia.

Amélioration par K I.

OBSERVATION XIV. — Etienne et Lucien. — *Artérites et phlébite syphilitiques dans un cas de gangrène du membre inférieur* [Rés].

Homme trente-huit ans. Syphilis à vingt-cinq ans, peu

traitée. A trente-cinq ans, claudication dans une jambe ; à trente-huit ans, douleur plus vive. Troubles circulatoires anesthésie. Apparition sur le côté externe de la jambe d'une escarre noirâtre. La gangrène se montre ensuite aux orteils et envahit la région tarsienne.

Amputation au tiers inférieur de la cuisse.

Examen anatomique — Fémorale oblitérée par caillot. Artère poplitée rigide, indurée, tronc tibio-péronier partiellement oblitéré.

Maximum des lésions à l'endartère (saillies arrondies proéminant dans le vaisseau).

Lésions de la veine poplitée, épaississement irrégulier de l'endoveine, la lumière est réduite à une simple fente cloisonnée, couche moyenne très épaissie, adventice composé de tissu fibreux très dense.

OBSERVATION XV. — Bonnet et Courjon. — *Artérites syphilitiques des membres inférieurs et du bras droit* [Rés.]

Maçon, trente-huit ans. Syphilis vers vingt-neuf ans, peu traitée.

A trente-deux ans, six mois au lit, pour violentes douleurs musculaires aux membres.

Guérison par K I.

A trente-six ans, brusquement douleurs identiques aux doigts, durée une journée ; après, des fourmillements persistent.

Deux mois après, à la suite d'un effort, douleur brusque et violente dans le bras droit, qui devient pâle, exsangue comme paralysé : membre en contracture et en flexion. Impotence fonctionnelle.

Amélioration progressive et spontanée au bout de vingt jours. Phénomènes de claudication intermittente dans le bras. Les battements artériels manquent à le sous-clavière et à l'humérale, à la radiale. Hypoesthésie surtout aux doigts.

En même temps, évolution d'une petite ulcération au gros orteil droit apparue à la suite d'une grande douleur. Aucun autre symptôme viscéral ni nerveux.

Les Auteurs admettent que ces manifestation ressortissent à des artérites syphilitiques.

OBSERVATION XVI. — Gaucher. -- *Artérites des membres inférieurs* [Rés.]

Chez un malade, au nez effondré, atteint d'une perforation palatine, après des périodes de céphalée, sensation de froid aux pieds. Douleurs, fourmillements, coloration rouge sombre des extrémités qui deviennent froides. Battements de la pédieuse imperceptibles. Le traitement spécifique amena la guérison.

OBSERVATION XVII. — Gaucher. — *Artérites des deux jambes. — Amputations* [Rés].

Un homme est amputé d'une jambe à la suite d'une artérite, trois ans après gangrène de l'autre jambe. Amputation. L'auteur rapporte ces artérites à la vérole.

OBSERVATION XVIII. — Vaquez. — *Artérites syphilitiques des pieds. — Douleurs, Phlyctènes. — Traitement. — Guérison* [Rés.]

Homme cinquante ans ; pas de syphilis dans les antécédents.

En septembre 1906, brusquement, douleur dans le mollet gauche, exaspérées par la marche, puis localisation au pied.

En novembre, douleurs plus intenses. Ulcération à l'extrémité du gros orteil. Extension complète du genou impossible.

En janvier 1907, deuxième escharre sur la face supérieure du gros orteil. Les ongles tendent à s'atrophier et ont cessé de croître depuis six mois.

10 mai. — Phlyctène sur le bord externe du pied.

22 mai, — Nouvelle phlyctène au talon.

Avril. — Asphyxie locale du pied droit, fourmillements. Phlyctène, au talon du pied droit, remplie de sérosité noirâtre.

Les souffrances apparaissent au pied droit et diminuent au pied gauche.

De mai à juillet amélioration, après traitement électrique.

Octobre. — Apparition des douleurs au pied gauche.

Fin novembre. — Phlyctène suppurée sur le bord externe du pied gauche.

Décembre. — Douleurs disparues, le malade marche autour du lit.

Avril 1908. — Quelques douleurs à droite,uu peu de cyanose.

Juin. — Nouvelle ulcération au gros orteil droit, douleurs nocturnes très vives.

Les pédieuses,les poplitées,les fémorales droites et gauche ont des pulsations très difficiles à sentir.

Absence des réflexes achilléens ; diminution des rotuliens.

La réaction de Wasserman est positive avec le sérum sanguin.

Traitement antisyphilitique. Dix jours après, disparition

des douleurs, suppuration tarie, ulcération encore de cicatrisation. L'amélioration se produit très rapide.

Suivi jusqu'en 1913, le malade n'a pas présenté de rechute.

OBSERVATION XIX. — Dehon. — *Claudication intermittente bilatérale chez homme quarante-neuf ans. — Alcoolique. — Grand fumeur. — Pas d'antécédents spécifiques. — Wassermann positif. — Amélioration manifeste par le traitement spécifique.*

OBSERVATION XX. — Dehon. — *Claudication intermittente bilatérale. — Syphilis avouée. — Tabagisme. — Aortite. — Signe d'Argyll. — Wassermann négatif. — Pas d'amélioration par traitement spécifique.*

OBSERVATION XXI. — Dehon. — *Claudication intermittente double et aortite, lésion du faisceau de His chez homme de cinquante-six ans, syphilitique, grand fumeur. — Wassermann positif.*

OBSERVATION XXII. — Biermann. — *Syphilis congénitale. — Artérites multiples* [Rés].

Jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de syphilis congénitale. Affaiblissement du pouls radial gauche, oblitération des deux tibiales postérieures, autres lésions artérielles et cardiaques. Wassermann très positif. Amélioration légère par un traitement mercuriel et arsenical. L'auteur croit à des artérites dues à la syphilis congénitale.

OBSERVATION XXIII. — Friedmann. — *Artérites intestinales. — Artérite jambe droite. — Traitement mercuriel. — Guérison.*

Homme de quarante-six ans. Syphilitique. Depuis quatre ans, tous les quatre mois, crises douloureuses abdominales, douleurs effroyables, brûlures, élancements, siégeant au creux de l'estomac puis dans tout l'abdomen. Ces crises surviennent le soir, quatre à cinq heures après le repas, et se terminent par l'expulsion de gaz. Elles se reproduisent pendant quinze jours consécutifs.

Quelques vagues troubles digestifs (ballonnement. Sensation de tension abdominale) dans l'intervalle des périodes douloureuses.

Depuis quinze mois, la jambe droite, le soir est lourde, comme paralysée : le malade boite le soir. Rien à l'examen des viscères, à celui du système nerveux.

L'auteur ne trouvant aucun autre symptôme fait le diagnostic d'artérites syphilitiques.

Traitement mercuriel, Salvarsan : en quelques semaines tous les phénomènes ont disparu.

OBSERVATION XXIV. — Letulle. — *Apoplexie intestinale. — Thrombo-artérites syphilitiques multiples. — Phlébites intestinales et mésentériques secondaires* [Rés].

Homme soixante et un ans, entré mourant dans le service, considéré comme atteint d'occlusion intestinale. A l'autopsie : Apoplexie intestinale, au niveau du jéjunum, et dans le

mésentère correspondant : grand nombre de thrombus arrondis.

Aucune autre lésion des organes abdominaux. Crosse de l'aorte : thrombus fort adhérent. Aorte abdominale : deuxième thrombus très adhérent, troisième thrombus à l'origine de la sous-clavière, oblitérant presque complètement la lumière du vaisseau, quatrième thrombus dans l'iliaque primitive gauche M. Letulle pense, à cause des îlots de thrombo-artérites disséminés, que le *primus movens* de l'apoplexie intestinale a été un foyer inflammatoire récent ayant oblitéré une branche importante de la mésentérique supérieure. La syphilis pour M. Letulle est la cause de ces artérites.

OBSERVATION XXV. — Inédite, communiqué par M. le Dr Chiray. — *Polyartérites oblitérantes syphilitiques des membres inférieurs et de l'intestin. — Mort.*

N..., trente ans, soldat au 81e artillerie. Evacué de la Somme en septembre 1916.

11 novembre 1916. — Il raconte au médecin-chef du centre neuro. de Rennes qu'il souffre de crises douloureuses au pied gauche, crises provoquées par une courte marche (200 m.), mais qui apparaissent aussi la nuit. Ces accès douloureux s'accompagnent de syncope de l'extrémité du membre (orteils blancs et froids contrastant avec ceux du côté droit.) Ce refroidissement s'étend jusqu'au tiers inférieur de la jambe pendant la crise.

Petites crises analogues au pied droit, mais qui tendent à disparaître.

Pres. artér. — Aux m. sup.: normale ; au m. inf. g. : au triangle de Scarpa oscillations de 3 degrés, lentes sans force, — à la partie sup. de la jambe : même état, — au cou-de-pied aucune osc. Au m. inf. dr. : au tr. de Scarpa osc. très fortes, vives, de grande amplitude (impossible de mesurer la pres), — à la partie sup. de la jambe : pres. en apparence normale, — au cou-de-pied : osc. très faibles (2 div.) sans force.

Atrophie musculaire marquée dans tout le membre g. l'examen électrique ne décèle aucune espèce de lésion. Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensib. objective.

Antéc. — Le malade a eu autrefois un bouton à la verge, guéri en quelque jours à la suite d'applications d'iodoforme. Marié, enfants bien portants. Wassermann positif.

Le malade est soumis au trait. mercuriel.

24 nov. — N..., a reçu une quatrième injection de 0 gr. 02 de biodure de HG. Le sang circule mieux dans le pied, la crise de syncope est moins forte, les douleurs moins vives. La marche est plus facile. N, peut faire 2 à 3 kilomètres, mais en s'arrêtant tous les 500 mètres.

13 janv. 1917. — N... a reçu une deuxième série d'injections, il souffre moins : des crises de syncope et d'asphyxie des extrémités se produisent toujours, mais moins fortes ; les douleurs sont diminuées ; les élancements nocturnes qui empêchaient le somme il ont disparu. Press. art. : A g. rég. sus-malléolaire 0, — partie sup. de la jambe, os. 3. — A dr. rég. sus-mall. os. 5 pas très vives mais meilleures qu'en nov. — partie sup. de la jambe os. vives normales.

15 mai. — A g. aucun changement, pas d'os. à la rég. sus-mall. La jambe droite est meilleure, dit le malade,

quoique encore un peu douloureuse et sujette à des crises de syncope locale : à la rég. sus-mall. dr. les os. ne sont pas très amples, mais la pression maxima est entre 10 et 11.

24 mai. — Depuis quelques jours N. se plaint de douleurs d'estomac et de douleurs sourdes dans le ventre; il dit s'être éveillé un matin en proie à une « crise d'étouffement » et avoir fait de violents efforts pour vomir : cette crise aurait duré quatre heures. On lui fait une injection intraveineuse d'arsenobenzol (L'analyse des urines ayant montré l'absence de sucre et d'albumine dans les urines). Le soir le malade sort en ville.

27 mai. — Parti la veille en perm. donc bien portant, N. au réveil se plaint d'embarras gastrique. Après un thé purgatif, sans effet, le malaise augmente, le malade prend alors un lavement.

28 mai. — Il regagne l'hôpital, souffrant du ventre. La langue est sale, la température à peu près normale N. est mis au lait et aux œufs.

1er juin. — Il souffre depuis deux heures du matin de douleurs abdominales très vives : 7 à 8 selles diarrhéiques. A midi, selle presque exclusivement hémorragique, vérifiée par un médecin (sang rouge, rutilant, non coagulé encore). Après la prise de deux cachets de tanin, les selles ne sont plus sanglantes.

10 juin. — Vers sept heures, après ingestion d'un verre de lait, vomissements, coliques violentes, non calmées par l'élixir parégorique. Les douleurs augmentent dans la soirée, malgré la prise d'une pilule d'opium et d'un lavement au laudanum. Les douleurs persistent la nuit et empêchent le sommeil. La température reste à 36°5.

11 juin. — On met une vessie de glace sur le ventre. Apaisement momentané, puis les douleurs reparaissent aussi vives. Dans la journée, N. se plaint sans cesse, parvient à s'endormir à trois ou quatre reprises ; mais se réveille sous le coup de douleurs déchirantes. Les nausées qui avaient cessé pendant quelques heures, reparaissent, très violentes. Vers quatre heures, N. est pris de hoquet. Le soir, malaise général, la nuit est mauvaise, le hoquet persiste.

12 juin. — Au matin, après des efforts pénibles, vomissements de matières noirâtres, douleurs très vives surtout dans le côté droit du ventre. Température : 36°5. Pouls, rapide, petit.

Opération (1) par le Médecin-major Dujarrier, chef de Secteur chirurgical : Incision de Roux.

Dès que le péritoine est ouvert, on tombe sur une anse grêle, sphacelée sur les deux tiers de sa circonférence : une odeur cadavérique se dégage de l'abdomen et une assez grande quantité de sérosité purulente s'écoule. On extériorise l'anse sphacelée longue de 20 centimètres ; en dehors de la zone sphacelée on voit plusieurs petits placards noirâtres : Résection de 35 centimètres d'intestin, intéressant 7 à 8 centimètres de chaque côte d'intestin sain en apparence. Anastomose latéro-latérale isopéristaltique. Lavage de la cavité abdominale au sérum chaud. L'appendice est sain. Fermeture sans drainage. Pendant l'intervention, probablement après l'anastomose, le malade est allé abondamment à la selle. Opération : durée une heure dix. Rachistovaïnisation.

---

1. Nous adressons tous nos remerciements à M. A. Dr Dujarrier, chirurgien des Hôpitaux, qui a bien voulu nous communiquer le protocole opératoire.

L'examen de la pièce montre un sphacèle de plus des deux tiers de la circonférence. Sur la portion noirâtre, on ne reconnaît plus ni muqueuse, ni musculeuse. Dans la zone saine reséquée, la surface de l'intestin paraît saine, sauf quelques plaques légèrement noirâtres : la muqueuse est sphacelée dans son ensemble : sur le bout distal la muqueuse est encore sphacelée au niveau de la section.

13 juin soir. — Le malade va bien, bon facies, pas de vomissements. Bon pouls à 120 : température 38 degrés.

Dans la nuit, brusquement à l'occasion d'un mouvement, douleurs dans le ventre qui cessent bientôt.

14 juin. — La douleur reprend, facies anxieux, 0 39 ; pouls 160. Lavage d'Estomac. On réopère le malade sous anesthésie à l'Ether : de la sérosité trouble s'écoule du ventre: Pas de perforation intestinale, la suture à tenu ; une anse afférente paraît noirâtre. On ponctionne l'intestin distendu par les gaz, puis on l'incise : il s'écoule des matières liquides jaunâtres : et des gaz en abondance. Quand il ne s'écoule plus rien la muqueuse non sphacelée paraît rougeâtre : la paroi intestinale, amincie, est fermée par un double surjet. Lavage de la cavité abdominale au sérum ;

Des champs imbibés d'éther sont introduits dans le Douglas ; et sous la paroi du flanc gauche.

A 16 heures le malade est décédé.

14 juin 1917. — Autopsie : par suite de l'opposition de la famille il n'a été possible que d'examiner les parties que l'on pouvait étudier par la plaie abdominale. L'intestin apparaît violacé sur une longueur de 30 à 40 centimètres. On resèque cette portion malade et un segment du mésentère, au sommet duquel une artère est béante. A l'ouverture

de l'anse il s'écoule du liquide hémorragique, fétide. L'anastomose intestinale à tenu. On incise longitudinalement l'artère découverte: Au niveau d'une bifurcation on trouve des caillots allongés noirâtres (agoniques) et un peu plus loin des caillots d'apparence différente et qui semblent organisés.

CONCLUSIONS

I. — La polyartérite oblitérante syphilitique s'observe principalement chez l'homme, à l'âge moyen de la vie, à la période tertiaire de la syphilis.

II. — Les associations lésionnelles le plus souvent constatées sont celles des artérites des membres inférieurs; les associations d'artérites de trois membres, ou les associations d'artérites intestinales et d'artérites des membres sont beaucoup plus rares.

III. — Les lésions les plus importantes, comme dans l'artérite syphilitique ordinaire, siègent au niveau de la tunique interne, qui est très épaissie par places et quelquefois végétante. La limitante élastique interne est interrompue en plusieurs points.

IV. — Cliniquement, la polyartérite oblitérante syphilitique se présente dans ses localisations aux membres soit sous la forme oblitérante d'emblée, soit sous la forme à claudication intermittente.

V. — Les localisations aux artères intestinales se traduisent par des crises douloureuses très violentes. La mort est le fait de l'infarctus intestinal consécutif à l'oblitération artérielle.

VI. — Le diagnostic de la polyartériie oblitérante

spécifique se fait par la concommittance de plusieurs artérites, par la notion d'artérites antécédentes, par l'oscillométrie ;

La réaction de Wassermann, le traitement d'épreuve, quelquefois d'autres manifestations syphilitiques permettent d'affirmer la nature syphilitique de cette polyartérite.

VII. — Le traitement spécifique efficace au début est impuissant à une période avancée, il doit néanmoins être toujours prescrit énergique et prolongé, pour essayer de prévenir les récidives possibles mais ces accidents peuvent cependant se produire au cours du traitement.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Archives des maladies du cœur. — Années 1910 à 1919 Parkes Weber, 1916; juillet 1919, p. 324. Willy Meyer, juillet 1919, p. 324.

Balard. — Valeur diagn. et pronost. de l'indice oscill. au cours de l'oblit. art. des memb. (Prog. méd., 30 juin 1917, n° 26, p. 217).

Berger. — Traité de médecine Enriquez, Berger, Laffite, Lamy.

Bonnet et Courjon. — Artérite syphilitique (Lyon médical 18 avril 1909, n° 16, p. 813).

Camuset. — Contribution à l'étude de l'artérite dite spontanée (Th. Paris, 1902).

Charcot. — Claudication intermittente (Prog. méd., 6 et 13 août 1887, n°s 32 et 33, p. 99 et 115).

Colombe. — Aortite abdominale (Gaz. Hôp., 3 et 10 mai 1913, n°s 50 et 53, p. 805 et 853).

Darier. — De l'artérite syphilitique. Paris 1904.

Dehon et Heitz. — Syphilis et artérite oblitérantes des membres inférieurs (Arch. des Mal. du cœur, 1914).

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Druelle. — Gangrène des membres par artérites syphilitiques (Th. Paris, 1906).

Durandard. — Contribution à l'étude des artérites syphiliques des membres (Th. Paris, 1902).

Erb. — Claudication intermittente (Münch. Med. Woch 22 nov. 1910).

Etienne et Lucien. — Artérite et phlébite oblitérantes syphilitiques dans un cas de gangrène du membre inf., (Ann. de Derm. et de Syph., 1909, p. 545).

Friedmann, — Berliner klin. Wosch., 21 oct. 1912.

Gastou et Herscher. — Myocardite et gangrène symétrique des extrémités digitales chez une malade atteinte de périostite tibiale syphilitique (Ann. de Derm. et de Syph., mai 1899, p. 460).

Gaucher. — Artérites syphilitiques (Progr. méd., 13 sept. 1913, n° 37, p. 475).

Hébert de la Rousselière. — Etude sur l'oblitération des vaisseaux. (Th. Paris, 1914).

Heitz. — De l'emploi de l'oscill. dans le diagn. de la claud. interm. (Paris méd., 1913, n° 19, p. 465).

Hirtz et Gendron. — Un cas d'artérites syphilitiques unilatérales (Soc. méd. Hôp. Paris, Séance du 3 juin 1910, p. 726).

Jeanneney. — Applic. chirurg. de l'oscil. de Pachon (Paris méd., 30 mars 1918, p. 248).

Lagane. — Artérites intestinales (Th. Paris, 1911).

Letulle et Lagane. — Apoplexie intestinale. Thrombo artérites syphilitiques multiples. Phléb. intest. mésentériques secondaires (Bull. et mém. de la Soc. Anat., mars 1911, n° 3, p. 147).

Letulle et Nattan-Larrier. — Anat. path.

Magrez. — De la claudication intermittente (Thèse Paris, 1892).

Milian. — Syphilis artérielle (Prog. méd., 9 janv. 1909, n° 2, p. 21).

Paisseau et Lemaire. — Deux cas de gangrène des membres d'origine palustre (Soc. méd. des Hôp. Paris, séance du 9 fév. 1917, p. 219).

Suarez de Mendozza. — Syphilis intestinale (Th. Paris, 1914).

Vanzetti Ferrucio. — Artérites et anévrismes syphilitiques expérimentaux (Arch. des mal. du cœur, 1912, p. 205).

Vaquez et Bricout. — Variétés évolutrices des artérites subaiguës et chroniques (Soc. méd. Hôp. Paris, Séance du 4 juil. 1913, p. 158).

Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4436-20